

## VPRAŠALNIK ZA PREVERJANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PACIENTOV PRED OBRAVNAVO V AMBULANTI

(vsa vprašanja se nanašajo tudi na obdobje preteklih 14 dni):

Ime in priimek pacienta: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

	VPRAŠANJE	DA	NE
1.	Imate povišano telesno temperaturo (nad 37,5° C)?		
2.	Ali ste prehlajeni?		
3.	Ali kašljate?		
4.	Vas boli v grlu, žrelu?		
5.	Imate spremenjen okus ali vonj?		
6.	Imate občutek težkega dihanja ali stiskanja v prsnem košu?		
7.	Imate bolečine v mišicah?		
8.	Imate prebavne težave (drisko ali bruhanje)?		
9.	Ima kdo drug doma ali v službi takšne težave?		
10.	Ste imeli morda pozitiven bris na Covid-19?		
11.	Ste bili v stiku s COVID-19 potrjenim bolnikom (oboleli svojci, sostanovalci)?		

Če ste na katerokoli vprašanje odgovorili pozitivno, se PRED OBRAVNAVO NAJPREJ posvetujte z osebnim zdravnikom oziroma ambulanto PO TELEFONU!

S podpisom potrjujem resničnost vseh navedb:

\_\_\_\_\_

**D CENTER** Rakuševa ulica 6, 1000 Ljubljana • M 030 643 693  
E info@d-center.si W www.d-center.si

Sedež podjetja: DKC, dentalno kirurški center, d.o.o., Rakuševa ulica 6, 1000 Ljubljana, Slovenija  
Podjetje je registrirano na Okrožnem sodišču pod št. vpisa 11763300

Id. št. za DDV: SI68752504 • Matična št.: 5631491000 • TRR SI56 1010 0005 6444 780 Banka Intesa Sanpaolo d.d.